

## **datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Ich willige ein, dass die Ärztekammer für Wien meine personenbezogenen Daten (Vor- und Nachname, SV-Nummer, mail-Adresse, Handynummer) zum Zweck der Organisation der Impfung gegen COVID-19 verarbeitet.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Ein Widerruf lässt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf unberührt.

Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzhinweise:  
[www.aekwien.at/datenschutz](http://www.aekwien.at/datenschutz)

---

Ort/Datum/Unterschrift